

тация, правомерным будет второй вариант выбора. В заключение отметим, что вопрос о взаимообусловленности инфаркта миокарда и эмоциональных нарушений окончательно не решен в кардиологии, несмотря на глубокий интерес к этой проблеме.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4-th Ed. Washington, 1994.
2. Голиков А. П., Серая Э. В., Латишин В. П. и др. // Вестн. интенсивной терапии. 1999. № 1.
3. Ганелина И. Е., Дерягина Г. Б., Краевский Я. М. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда // Кардиология. 1978. № 8.
4. Зайцев В. П., Айвазян Т. А., Погосова Т. В. и др. // Кардиология. 1997. № 8.
5. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Изд-во «Прогресс», 1982.
6. Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест М. Люшера: Метод. руководство. М.: Изд-во «Роскнига», 1990.
7. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во МГУ, 1980.
8. Торонтская алекситимическая шкала: Метод. пособие. СПб., 1998.
9. Тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка // Основы психологии / Под ред. Л. Д. Столяренко. Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1997.
10. Тест «Дифференциальные шкалы эмоций». Изард К. // Елисеева О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личности. Практическая психология. Псков: Изд-во ПОИУУ, 1994.

*А. И. Рачинский, Л. И. Колосова*

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Инфаркт миокарда – тяжелое соматическое заболевание, вызывающее напряжение нервно-психической сферы, в условиях которого формируется психоземotionalная дезадаптация. При этом личностные изменения отражают, с одной стороны, тревожно-ипохондрическую переработку пережитого в прошлом угрожающего жизни состояния, с другой – постоянное стрессорное воздействие ангиозных приступов, постепенно вызывая характерологические изменения депрессивно-ипохондрического типа с нарушением продуктивности психической деятельности. Психические изменения после инфаркта миокарда констатируются по данным различных авторов в 33–80% случаев. Такие различия в оценках обусловлены определенными моментами, один из которых – это отчетливая тенденция к диссимуляции у многих из этих больных. Более или менее выраженная тревога, в которой признаются 38% больных, выявляется практически у подавляющего большинства пациентов.

Психопатологические расстройства, обычно астено-депрессивные или тревожно-депрессивные со сверхценными ипохондрическими представлениями и «уходом в болезнь», отмечаются у 67,4% больных с постинфарктной аневризмой сердца и у 43,4% без аневризмы. Астено-невротический синдром констатируют у 79,3% больных, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте [1]. Депрессивно-ипохондрические расстройства, возникающие как в принципе обратимая фобическая реакция в связи с приступом ангиозных болей или в остром периоде инфаркта миокарда, ложатся в основу стойкой невротизации, определяемой болезнью, то есть по существу ипохондрического развития личности при уже вполне удовлетворительном соматическом состоянии пациентов. Выраженность эмоциональных нарушений и учащение аномальных психофизиологических проявлений подтверждают данные специальных анкет и психологических исследований. И как бы ни квалифицировали эти расстройства (тревожная мнительность и кардиофобия, депрессивно-фобический, астено- или сенестопатически-ипохондрический синдром), речь идет всегда о тревожной депрессии или субдепрессивных состояниях со сверхценными представлениями и «уходом в болезнь» на фоне соматогенной астении, значительной эмоциональной неустойчивости и физической слабости выздоровления [8]. Чрезвычайная частота реактивной депрессии и ее особая (порой фатальная) роль в течении и исходе инфаркта миокарда вынуждают ставить вопрос о необходимости скрывать или во всяком случае смягчать по возможности сопряженные с ним опасности, о недопустимости «запугивания» больного этим диагнозом.

Подавленность и печаль, чувство укороченной перспективы, безысходности и беспомощности у больных инфарктом миокарда способствуют возникновению всевозможных нарушений сердечного ритма, обусловленных подчас не столько непосредственным повреждением миокарда, сколько нейрогуморальными расстройствами сердечной деятельности при нарастании аффективной напряженности и кризиса острого страха. Любая эмоциональная реакция больного превращается по существу в сложный психофизиологический синдром, реализующийся клинически в виде тех или иных расстройств работы сердца и всего аппарата кровообращения. Суммация нарушений кровообращения, вызванных инфарктом миокарда, с физиологическими проявлениями эмоциональных реакций больного создает условия для прогрессирования сердечной недостаточности. У некоторых больных более или менее замаскированная гневливость с отрицанием болезни и попытками «востать» против этого «страшного» диагноза и медицины вообще приводит порой к развитию артериальной гипотензии. Резкое психомоторное возбуждение пациентов, не соблюдающих необходимого постельного

режима, порождает прямую угрозу формирования острой аневризмы левого желудочка и разрыва миокарда, а чрезмерная пассивность с полной неподвижностью (отказом даже от лечебной гимнастики) и длительной мышечной гипотонией увеличивает опасность флелотромбозов и тромбозмболических осложнений. Судьбу этих больных определяет в итоге не только локализация и обширность очага некроза сердечной мышцы, но также интенсивность и качество эмоциональных реакций. Значительное снижение общего жизненного тонуса, явно замедляющее подчас выздоровление при инфаркте миокарда, заставляет думать о возможности маскированной депрессии у пациента. Нераспознанная депрессия крайне осложняет лечение этих больных и нередко делает невозможной оценку эффективности применяемых лекарственных средств. Маскированную депрессию закономерно рассматривают в связи с этим как прогностически неблагоприятный признак.

У постинфарктных больных при депрессии отмечают угнетенное, подавленное настроение, апатию, пессимизм, неверие в успех лечения и возможность благоприятного течения болезни. Мимика выражает печаль. Больной не может удержать слез при разговоре на волнующие его темы о здоровье, заболевании, прогнозе и др. На вопросы отвечает односложно, речь и движения замедленные. У больных отмечается снижение памяти, усвоение нового затруднено, снижается умственная и физическая работоспособность, чувство растерянности и беспомощности. Депрессивная оценка своих перспектив и возможностей в остром периоде инфаркта миокарда неминуемо ставит больного в ситуацию, когда прошлое осталось позади, будущего может не быть, а навязываемое ему настоящее оказывается для него неприемлемым. Клиническими проявлениями депрессии могут быть неадекватные соматическому состоянию «неутомимость», суетливость и даже гиперактивность, выдающаяся аффективную напряженность этих больных и захлестывающую их тревогу. Свидетельством более или менее выраженных аффективных расстройств становятся как полное отсутствие интереса к прогнозу болезни (когда пациент никого ни о чем не спрашивает, а его контакты с врачом принимают сугубо формальный характер с позиции человека, которому терять уже нечего, – «спасибо, все в порядке» или даже «все хорошо»), так и постоянная, неутолимая потребность в общении с врачом (бесчисленное множество самых различных жалоб и бесконечные вопросы по поводу своего состояния и его последствий); не только «уход в болезнь» (разработка все более расширяющейся системы защитных мер и сведение всей своей жизни к всеполагающему процессу лечения и сбережения своего организма), но и «уход от болезни» с саморазрушающим поведением (отказом от любой терапии и грубым нарушением постельного режима вплоть до попыток выполнения силовых

упражнений на полу в остром периоде инфаркта миокарда). О наличии психопатологических расстройств аффективного круга заставляют думать также вялость и подавленность или повышенная раздражительность, сварливость и даже озлобленность больного, который уже не с надеждой, а почти враждебно смотрит на «делающего вид» или «воображающего, что все хорошо» врача в уверенности, что «сытый голодного не понимает».

Целью нашего исследования является изучение психологических трудностей данной категории больных и поиск эффективных методов лечения.

### **Методика исследования**

В течение двух лет проходили курс лечения 106 больных, перенесших инфаркт миокарда, средний возраст мужчин – 50,3 года, женщин – 60,2 года. Мужчин – 98 чел., женщин – 8 чел. Диагноз инфаркта миокарда ставился на основании критериев ВОЗ.

Из общего количества больных была сделана выборка, включавшая 44 человека: экспериментальная группа – 23 чел., контрольная группа – 21 чел. У всех больных был крупноочаговый инфаркт миокарда. В исследование не были включены больные с тяжелыми соматическими заболеваниями, органическим поражением мозга, алкоголизмом, застойной сердечной недостаточностью (ЗСН). Все больные получали медикаментозную терапию: аспирин,  $\beta$ -блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ (капотен, энап, престариум) в индивидуально подобранных дозах с учетом противопоказаний. Контроль проводился раз в десять дней.

Психологическая сторона наших исследований строилась на изучении личностных особенностей кардиологических больных, перенесших инфаркт миокарда.

Мы пришли к выводу, что пограничная личностная организация наших больных отличается полиморфностью симптоматики, а именно доминирует тип с пограничными личностными расстройствами (ПЛР), возникшими как следствие перенесенного инфаркта миокарда. Данная проблема изучена Е. Т. Соколовой [4].

Из трех критериев пограничных личностных расстройств: 1) диффузная идентификация; 2) особый тип защитных механизмов; 3) способность оценивать реальность, для инфарктных больных доминирующими являются 1 и 2 критерии.

Кардиологические больные после инфаркта не могут чувствовать себя в безопасности в окружающем мире. Данные ощущения проявляются в отчуждении от самого себя, появлении тревоги и депрессивных тенденций. У больных появляется тяга к различным формам импуль-

сивного поведения, в том числе саморазрушающего. У больных формируется определенный стиль коммуницирования, представленный отказом от общения и активности, ипохондрические переживания, отсутствие базового доверия. Базовый конфликт приводит к страданию и деструкции как форме жизни, ретрофлексии полученных агрессивных воздействий как основному типу переживаний. Отношения с другими людьми становятся зависимыми.

Для подтверждения наличия ПЛР мы использовали ряд методик:

- 1) «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) Г. Мюррея [5];
- 2) «Цветовой тест М. Люшера» [6];
- 3) Методику Ч. Спилбергера «Тест исследования тревожности».

### Результаты и обсуждение

Представляем примеры выполнения ТАТ, «Цветового теста М. Люшера» и Ч. Спилбергера (ЛТ, СТ) некоторыми больными экспериментальной и контрольной групп.

Больной А.Е., 48 лет, работал до инфаркта учителем. Имеет семью. Считает, что инфаркт произошел на почве конфликтных ситуаций в семье и на работе.

Рассказы по картинам ТАТ отличаются депрессивным фоном, ощущением ненужности, покинутости, беспомощности, нуждаемости. Так, в рассказе по 3-й картине, он говорит: «Какое сильное отчаяние. Здесь можно по-разному рассказать. Что мне ближе всего в этой картине? Наверное, полное отчаяние. У меня бывает такое, когда мы ссоримся с женой». Подобные состояния просматриваются у больного в текстах и по другим картинам. В рассказах доминирует неподдельная скорбь, ощущение одиночества и безысходности: «Остается только забиться под одеяло и ничего не видеть и не слышать. Мысли жуткие и странные. Зачем жить? Чтобы мучиться? Все равно никому не нужен. Лучше умереть».

По тесту М. Люшера результаты следующие. Эмоциональная неуравновешенность, потребность в прочной, глубокой привязанности, эмоциональном комфорте и защите от внешних воздействий. Замкнутость, избирательность, тормозные черты, преобладание стремления к покою, уединенности. Потребность как в самоуважении, так и сохранении личностного резюме в глазах значимого окружения. Пассивность, сочетающаяся с беспокойством и мнительностью, ощущение непреодолимых трудностей.

По опроснику Ч. Спилбергера у данного больного ситуативная тревожность (СТ) – 49 баллов, личностная тревожность (ЛТ) – 48 баллов, что является показателем высокой тревожности.

Больная Н. А., 52 года. Домохозяйка. Семья: муж, двое детей, два внука. Племянница вынуждена жить с ними, так как имеет мать алкоголичку, а отец из семьи ушел. Причиной инфаркта считает семейные неурядицы своей сестры, «трудный возраст» племянницы, отсутствие помощи со стороны мужа и детей, стрессы и крайнее переутомление.

Рассказы по картинам ТАТ окрашены наличием глубоких личностных переживаний, почти все ситуации переносит на личные переживания. Картина 17 воспринимается больной так: «Очень похоже, что эта юная девочка, глядя на воду, хочет покончить жизнь самоубийством. У меня была такая ситуация после инфаркта, хотела утопиться, но рядом был внук, боялась напугать. Может у нее, как у моей племянницы, мать или отец алкоголики». По другим картинам идет почти одинаковый рассказ: «Какое отчаяние, очень плохо, наверное жить не хочется. Очень похоже на мое состояние, мне тоже очень плохо, один мрак, ничего не вижу хорошего в будущем».

По тесту М. Люшера получены следующие результаты. Эмоциональная напряженность имеет тенденцию к нарастанию. Беспокойство, мнительность, ощущение непреодолимых трудностей, потребность в избавлении от их гнета, тревожное состояние, блокирование насущных потребностей, усталость, плохое самочувствие, сниженный фон настроения, потребность в отдыхе и помощи. Пассивно-созерцательная позиция, трудности адаптации, стресс, тенденция оградить себя от житейских невзгод и повседневных забот «бегством» в мир внутренних переживаний, мечты и фантазий. Стремление избавиться от ситуации, оказывающей чрезмерное давление, перенапряжение от усилий, направленных на преодоление существующих проблем.

Результаты по личностной и ситуативной тревожности (Ч. Спилбергер): 56 баллов и 55 баллов, что говорит об очень высоком уровне тревожности.

Результаты исследования данной больной объясняют ее тенденцию к отказу от лечения (от приемов медикаментов и психологической реабилитации) и ее суицидальные мысли.

Нами приведены два ярких примера по результатам исследования, остальные больные (66,6%) из контрольной и (63,0%) из экспериментальной групп имеют очень близкие результаты по вышеназванным методикам. Так, из 44 больных двух групп 66,6% имеют высокую тревожность; трое респондентов дали уровень тревожности, расположенный на границе среднего уровня (43–44 балла). У остальных больных ситуативная тревожность колеблется в пределах от 45 до 55 баллов, личностная тревожность также в пределах от 45 до 55 баллов.

Диагностика по тесту М. Люшера показала у всех исследуемых доминирование эмоциональной напряженности с тенденцией нараста-

ния беспокойства, наличие трудностей адаптации, ощущение непреодолимых преград, стресс, ослабляющий волю и настойчивость, стремление избавиться от ситуации, оказывающей давление, перенапряжение от усилий, направленных на преодоление существующих трудностей.

По результатам исследования составлены таблицы 1–3. Первое диагностическое исследование проведено в ноябре 2000 года. Результаты исследования по методике Ч. Спилбергера в контрольной группе (21 человек, табл. 1) следующие:

- 1) низкой тревожности (до 30 баллов) не имеет никто;
- 2) средний уровень тревожности (30–45 баллов) отмечен у 3-х респондентов по ЛТ (14,3%) и у 3-х респондентов по СТ (14,3%);
- 3) высокий уровень личностной и ситуативной тревожности (свыше 45 баллов) имеют 18 респондентов, что составляет 85,7% от общего количества больных.

*Таблица 1*

Результаты психологической диагностики больных,  
перенесших инфаркт миокарда (контрольная группа, 21 человек)

№№	Респонденты (Ф.И.О, пол, возраст)	Цветовой тест М. Люшера		Опросник Ч. Спилбергера	
		Выбор 1	Выбор 2	Лично- стная тр.	Ситуа- тивная тр.
1.	Н. Г., м., 48	21540367	12534067	55	48
2.	Н. А., ж., 52	25743061	52743106	55	52
3.	Л. С., м., 37	51624307	51624307	50	49
4.	В. В., м., 47	14532706	41532076	50	52
5.	В. Н., м., 59	52641370	26541370	52	50
6.	М. С., ж., 58	25603147	47025316	44	42
7.	Н. М., м., 42	75201346	57402136	43	43
8.	И. Б., м., 51	25143067	45263017	44	42
9.	Н. Д., м., 39	65124307	54230617	47	50
10.	О. С., м., 44	56230417	54230617	54	52
11.	Л. Я., м., 46	50217643	02516437	55	50
12.	Е. К., м., 57	52641307	02516437	52	56
13.	Л. А., м., 41	25603147	53426017	57	58
14.	С. Г., м., 47	53421670	53241607	48	52
15.	Т. Н., ж., 56	24153760	24153760	49	54
16.	Л. В., м., 44	14520673	1427630	57	49
17.	А. Я., м., 51	34517026	15632407	55	48
18.	Е. О., м., 48	45231607	53410267	58	53
19.	Т. В., м., 36	15324607	15362407	47	56
20.	С. В., м., 52	53412067	53412067	48	52
21.	С. М., м., 46	21463507	21463570	52	47

По результатам диагностики эмоционального состояния личности, по тесту М. Люшера, 86,6% респондентов контрольной группы (14 человек) имеют высокую эмоциональную напряженность, беспокойст-

во, мнительность, усталость, плохое самочувствие, стресс, снижающий волевую активность, перенапряжение от усилий, разлад в сфере значимых межличностных конфликтов, сниженный фон настроения, потребность в помощи, защите, отдыхе, что говорит об очень сильном психоэмоциональном напряжении. У остальных семи человек эмоциональное напряжение ближе к среднему уровню. По методике ТАТ 13 человек (63,0%) имеют депрессивную тенденцию и высокую тревогу.

Результаты исследования по методике Ч. Спилбергера в экспериментальной группе (23 человека, табл.2) показали высокий уровень тревожности (свыше 45 баллов) у всех 23 респондентов (100%). Результаты по методикам ТАТ и тесту М. Люшера идентичны результатам в контрольной группе.

Таблица 2

Результаты психологической диагностики больных, перенесших инфаркт миокарда (экспериментальная группа, 23 человека)

№№	Респонденты (Ф.И.О, пол, возраст)	Цветовой тест М. Люшера		Опросник Ч. Спилбергера	
		Выбор 1	Выбор 2	Личностная тр.	Ситуативная тр.
1.	Л. Д., м., 46	53426017	46572130	55	57
2.	Т. К., м., 58	20643571	21463507	54	58
3.	И. М., м., 37	20643571	52364107	48	52
4.	Т. Н., ж., 59	25340617	21504367	49	48
5.	К. Н., м., 44	25340617	14276350	56	52
6.	Л. Т., м., 48	25301674	14670532	48	50
7.	Т. Д., м., 57	2530674	47031256	49	49
8.	Т. М., м., 35	43250617	50634127	46	52
9.	А. Н., м., 47	43250617	51623470	49	55
10.	Ю. К., м., 42	42305617	53426170	48	52
11.	В. А., м., 48	24530617	60543217	56	49
12.	К. В., м., 56	43520617	60532417	56	55
13.	С. О., м., 51	43520617	60523417	49	52
14.	И. С., м., 40	15630247	35241760	54	54
15.	А. В., м., 52	15062347	32451760	56	57
16.	С. А., м., 44	25013647	25603417	52	49
17.	И. О., м., 42	25360617	26543017	46	48
18.	М. И., ж., 56	23610457	24513607	49	52
19.	Л. А., м., 48	23150467	54231076	46	48
20.	Т. Л., м., 41	41235670	07243561	55	54
21.	О. А., м., 53	06125437	34152760	54	49
22.	В. Н., ж., 58	45263017	21643507	49	49
23.	С. Т., м., 40	45263017	46572130	55	52

Дальнейшая работа с контрольной группой проводилась только с опорой на медикаментозное лечение. С экспериментальной группой кроме медикаментозного лечения была проведена работа по программе психологической реабилитации. Задача психологической реабилитации – максимальное восстановление работоспособности и психическая реа-



даптация больных инфарктом миокарда. Программа реабилитации включала: рациональную психотерапию [7]; метод аутогенной тренировки при лечении больных инфарктом миокарда [9]; комплекс упражнений, разработанный на основе вербального самовнушения (нацелен на выработку уверенности в себе); игры, способствующие укреплению состояния внутреннего равновесия, стабильности [2,3]. Занятия проводились два раза в неделю по 50–60 минут в группах 11–12 человек в течение 6 месяцев. По окончании психологической реабилитации, в мае 2001 г., был проведен контрольный эксперимент по вышеобозначенным методикам. Результаты в контрольной группе (21 человек) практически остались прежними, что говорит о минимальном воздействии медикаментозного лечения. В экспериментальной группе (23 человека) произошли позитивные изменения. Если до реабилитации у всех больных имелись те или иные психологические нарушения, возникшие или усугубившиеся в связи с инфарктом миокарда, которые носили устойчивый характер, то после курса психологической реабилитации картина значительно изменилась (табл.3).

Таблица 3

Результаты контрольного эксперимента после проведения программы психологической реабилитации (экспериментальная группа, 23 человека)

№№	Респонденты (Ф.И.О, пол, возраст)	Цветовой тест М. Люшера		Опросник Ч. Спилберга	
		Выбор 1	Выбор 2	Личност- ная тр.	Ситуатив- ная тр.
1.	Л. Д., м., 46	53241076	152340067	44	43
2.	Т. К., м., 58	23415607	23145607	43	45
3.	И. М., м., 37	41235706	15432076	45	45
4.	Т. Н., ж., 59	13245607	12534607	48	45
5.	К. Н., м., 44	21534067	21534067	43	47
6.	Л. Т., м., 48	431520076	43152076	48	43
7.	Т. Л., м., 57	32154706	43152760	40	44
8.	Т. М., м., 35	24153760	24153760	40	45
9.	А. Н., м., 47	34517026	34157260	50	44
10.	Ю. К., м., 42	15324607	15362407	37	52
11.	В. А., м., 48	21354607	13245067	42	45
12.	К. В., м., 56	21463507	21463570	52	47
13.	С. О., м., 51	24135067	24135607	32	30
14.	И. С., м., 40	14235670	14235670	30	31
15.	А. В., м., 52	24135076	21435076	24	26
16.	С. А., м., 44	52341670	52341670	34	28
17.	И. О., м., 47	41235760	41325760	28	30
18.	М. И., ж., 56	12345670	12345670	38	29
19.	Л. А., м., 48	32154760	32514760	25	36
20.	Т. Л., м., 41	31245607	31245067	28	26
21.	О. А., м., 57	43215760	43217560	28	29
22.	В. Н., ж., 58	13245607	13245607	26	27
23.	С. Т., м., 40	31425670	31425670	26	27

Как можно видеть из табл.3, у 7 из 23 респондентов снизилась личностная тревожность до низкого уровня, ситуативная тревожность – до среднего уровня. Высокая тревожность (со снижением на 3–4 балла) осталась у 7 респондентов. У остальных тревожность с высокого перешла на средний уровень.

Таким образом, количество больных с высоким уровнем тревожности снизилось с 87,6% до 30,5%. До реабилитации низкий уровень тревожности не был отмечен, после реабилитации у 7 респондентов отмечается низкий уровень тревожности, что составляет 30,5%.

Среднего уровня тревожности до реабилитации не отмечено, после реабилитации он выявлен у 39%.

При работе с картинками методики ТАТ не отмечено нарушений инструкции. У 91,3% больных, прошедших психологическую реабилитацию, присутствуют категории прошлого и будущего. В категорию «справившихся» попадает 21 человек, что составляет 91,3%. Категория прошлого во всех рассказах воспринимается адекватно, это говорит о снижении или полном исчезновении трудности в использовании больными своего прошлого опыта, они адекватно исследуют причины и находят способы разрешения и восстановления душевного равновесия. Это говорит о том, что коррекционная программа позволила найти больным внутренние ресурсы и осмыслить способы разрешения травмирующей ситуации, которая возникла в результате инфаркта миокарда.

Результаты тестирования в мае 2001 г. контрольной группы, которая получала только медикаментозное лечение, в отличие от экспериментальной, в которой наряду с медикаментозным лечением проводилась психологическая реабилитация, показали, что позитивные изменения в этом случае минимальны.

Таким образом, результаты конкретных исследований показывают, что психологические трудности больных инфарктом миокарда эффективно поддаются устранению при наличии психологической реабилитации на общем фоне медикаментозного лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Авербух Е. С.* Депрессивные состояния. Л.: Изд-во Ленинградского гос. ун-та, 1962.
2. *Большаков В. Ю.* Психотренинг: социодинамика, игры, упражнения. СПб., 1996.
3. *Вачков И. В.* Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учеб. пособие. М.: Прогресс, 1999.
4. *Соколова Е. Т., Николаева В. В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Изд-во МГУ, 1995.
5. *Соколова Е. Т.* Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во МГУ, 1990.

6. Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модификация цветowego теста М. Люшера. М.: Роскнига, 1990.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.; М., 1985.
8. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства. М.: Изд-во «Медицина», 1986.
9. Schultz J. H. Das autogene Training. XII Aufl. Stuttgart, 1966 (I Aufl, 1932).

*А. Е. Ткаченко, Л. Т. Баранская, А. Г. Леонов, А. В. Филатова*  
**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПАЦИЕНТОК КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Стремление каждого человека быть привлекательным имеет как социальную, так и биологическую природу. Нередко любое неприятие со стороны окружающих людей автоматически связывают со своей физической непривлекательностью, истинной или мнимой, и представляется естественным желанием человека изменить такое положение вещей. Наиболее радикальной мерой этого изменения можно считать эстетическую операцию. В данном случае, однако, перемена в облике происходит скачкообразно и воспринимается как необратимая, поэтому человек психологически оказывается неготовым за столь короткое время переконструировать отношение к себе.

Реконструкция или создание физической привлекательности, направленные на облегчение социального взаимодействия и придание человеку ощущения комфорта и уверенности в себе, зачастую оборачиваются появлением целого комплекса проблем. К настоящему моменту накоплено достаточно данных о коморбидности переживаний физического дискомфорта и отрицательных эмоций в раннем восстановительном послеоперационном периоде, о нередкой неудовлетворенности пациентов результатами операций. С другой стороны, известно немало случаев, когда реально неудачная операция полностью удовлетворяет клиента. Можно предположить, что и тот, и другой вариант, как и исходная неудовлетворенность своей внешностью, обусловлены не объективными недостатками или достоинствами, а глубинными психологическими характеристиками.

В последнее время отмечается увеличение диспропорции между совершенствованием и развитием пластической хирургии (появление новых технологий, имплантируемых материалов, разработка и внедрение высокоэффективной аппаратуры и т.д.) и недостаточностью знаний об особенностях психического статуса и личностной структуры пациентов. До настоящего времени причины, побуждающие человека обратиться к эстетическому хирургу, исследованы крайне мало. Существует ряд психологических работ, посвященных реконструктивной хирургии